

No hiperalgesia a la palpación de apófisis espinosas. No puntos trigger facetarios. Puntos trigger músculo piramidal izquierdo. Hiperalgesia a la sedestación y al cruce de la pierna izquierda sobre la derecha.

Pruebas complementarias en el momento de la consulta: RMN lumbar mayo 2017: espondilolistesis L5-S1 grado I. Protrusiones L3-L4, L4-L5, L5-S1 con reducción significativa forámenes lado izquierdo, sin claro compromiso radicular. Tras la administración de contraste intravenoso no se visualizan imágenes ni realces patológicos.

RMN pelvis mayo 2017: no se advierten alteraciones dignas de mención.

Densimetría junio 2017: dentro de la normalidad.

Gammagrafía ósea septiembre 2017: dilatación ureterocalicial.

Proponemos realización en acto único de bloqueo diagnóstico de músculo piramidal izquierdo guiado por ecografía.

Tras la realización del bloqueo piramidal realizamos consulta telefónica a los 2 meses con mejoría de un 60 % que aún se mantenía en el momento de la llamada.

En consulta presencial a los 10 meses nos comenta haber tenido recidiva metástasis tumoral riñón izquierdo en TAC realizado a finales de enero 2018.

Se había realizado también TAC en julio 2018 con ureterohidronefrosis riñón izquierdo donde no se apreciaban LOE concluyentes de metástasis en estructuras óseas.

La paciente en ese momento está con dolor en zona lumbar que se irradia en esta ocasión a MID hasta rodilla de características nociceptivas, con peor control del dolor.

Pendiente de un nuevo TAC de abdomen donde supimos resultados 15 días más tarde, se visualiza fractura aplastamiento del cuerpo vertebral L1 con pérdida de altura de 50 y 70 % con afectación del muro posterior introducción al menos de 9 mm en el canal raquídeo.

Se realiza nueva consulta presencial donde se optimiza tratamiento farmacológico con fentanilo TD y con fentanilo transmucoso de rescate, además se decide consulta virtual en unidad de Raquis (formada por un especialista en traumatología, en rehabilitación y en dolor crónico) donde se solicita RMN para completar estudio: RMN diciembre 2018: hallazgos compatibles con metástasis ósea en L1 que condiciona fractura y compromiso canal medular y agujeros de conjunción en dicho nivel.

Actualmente tratamiento conservador, dolor controlado y seguimiento mediante consulta telefónica por nuestra unidad.

Discusión: El diagnóstico de las lumbalgias crónicas tienen dos dificultades esenciales, la primera es su etiología tan variada y la segunda es que la clínica y las pruebas de imagen no siempre se relacionan. El hallazgo de alteraciones patológicas en pruebas de imágenes en pacientes sin dolor o con clínica no compatible así como el caso contrario, pacientes con dolor pero con pruebas comple-

mentarias dentro de la normalidad nos hacen reflexionar sobre la importancia de una buena historia clínica basada en una anamnesis y exploración completas para llegar a un juicio clínico concreto.

Conclusiones: Realizar un buen diagnóstico diferencial de las lumbalgias crónicas es frecuentemente difícil. Las habitualmente llamadas banderas rojas (red flags) son una serie de signos y síntomas que deben alertarnos ante la posibilidad de una patología grave. Los pacientes con antecedentes oncológicos deben hacernos prestar especial atención ante una posible recidiva o metástasis que esté provocando el cuadro, en este caso quizás se podría haber diagnosticado con mayor prontitud y haber adecuado el tratamiento si se hubiera enfocado el diagnóstico solicitando nueva prueba de imagen desde la primera consulta.

Bibliografía recomendada:

1. Rodríguez Navarro MA, et al. Dolor lumbar como manifestación inusual de una valvulopatía: ejemplo de la dificultad del diagnóstico etiológico de las lumbalgias crónicas. Rev Soc Esp Dolor. 2009;16(5):284-7.

P-210 DOLOR IRRUPTOR INCIDENTAL VOLITIVO. RETOS EN EL PACIENTE DROGODEPENDIENTE

R. Ching López, Y. Rojas Vallejo, P. Galván Banqueri, R. Gálvez, R. Ching López

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Palabras clave: *oncología, drogas, adicción, fentanilo, DIO.*

Introducción: El dolor irruptor oncológico (DIO) es un síntoma frecuente e invalidante en el paciente oncológico, por lo que su estudio ha cobrado una mayor relevancia en los últimos años. Presentamos un caso de DIO en una paciente drogodependiente, en base a la cual analizaremos la vía de administración del fentanilo sublingual, asegurando su eficacia y seguridad.

Caso clínico: mujer de 55 años, VIH sin carga viral, VHC, enolismo, consumo de cocaína y tabaquismo activos que no cesaron durante el tratamiento oncológico, y exadicción a drogas de vía parenteral en tratamiento con metadona. Consulta en el Servicio de Cirugía Maxilofacial por odinodisfagia con cuadro constitucional de 2-3 meses de evolución, asociando pérdida ponderal de 12-13 kg.

A la exploración, ECOG 0. Aceptable estado general.

Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Caquéctica.

- Cabeza y cuello: ocupación por lesión crateriforme en hemipaladar blando derecho-trígono retromolar de

5 cm de diámetro. No adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares.

- Auscultación cardiopulmonar y abdominal anodinas.
- Miembros superiores: múltiples cicatrices de larga data de venopunción y abscesos previos. Miembros inferiores sin hallazgos.

Pruebas complementarias:

- Diagnóstico anatomopatológico y estadificación: carcinoma epidermoide orofaríngeo junto con tumoración en borde lingual izquierdo sincrónica estadio IVA (cT4N2bMx) PD-L1 (2+).
- TAC cervical, facial y torácico: tumoración de 59 × 25 × 37 mm con extensión desde la porción más superior del pilar amigdalino derecho ocupando todo el espacio parafaríngeo derecho y el borde posterior lingual y del suelo de la boca hasta el espacio preepiglótico y el repliegue aritenopiglótico derecho, así como adenopatías metastásicas submaxilares y del tercio medio de la cadena yugular interna derecha y de la porción superior del espacio cervical posterior derecho; paralelamente, imagen en borde lingual izquierdo sugestiva de tumoración coexistente en esta localización. En el TAC torácico se detectaron dos nódulos espiculados de dudoso valor en lóbulo superior derecho.
- PET-TAC: captación débil sobre nódulos pulmonares descritos en TAC, inespecíficos, y dos focos hipermetabólicos sobre adenopatías en niveles II y III derechos sugerentes de afectación neoplásica.

Tratamiento: Siguiendo el protocolo asistencial vigente, inició radioquimioterapia concomitante con intención radical y se realizó gastrostomía percutánea profiláctica. Completó tratamiento con IMRT a dosis 50 Gy sobre niveles ganglionares II-III-IV-V bilaterales + nivel Ib derecho y hasta 70 Gy sobre la lesión macroscópica y adenopatías clínicamente positivas. Concomitante, recibió 3 ciclos de CDDP, precisando reducción de dosis del 25 % en los dos últimos.

Evolución: Durante el tratamiento oncológico, su estado inmunológico se deterioró, iniciando tratamiento antirretroviral que aún mantiene. Asimismo, presentó oromucositis y esofagitis grado III con dolor basal y picos de dolor irruptor volitivo incidental asociados a deglución, alcanzando una disfagia casi completa con EVA basal 5/10 y EVA picos 8/10, siendo necesarios varios ingresos hospitalarios para control sintomático. Por ello, se modificó analgesia con fentanilo parche transdérmico 12 mcg/72 h, dexketoprofeno sobres 25 mg/8 h, metamizol 575 mg/8 h, gabapentina 300 mg/8 h, metadona a su dosis habitual y fentanilo de acción rápida 200 mcg comprimido para chupar previo a las comidas, que posteriormente precisó subir a 400 mcg. En TAC cérvico-torácico de control se refería respuesta casi completa y lesión espiculada de nueva aparición en llingula, compatible con metástasis pulmonar. Se solicitó estudio de mutación PD-L1 (test IHC CLON 22C3), positivo (2+), por lo que inició nivolumab. En reevaluación por TAC tras 8 ciclos se apreciaba

estabilización tumoral. Tras la administración del décimo ciclo, inició cuadro de infección respiratoria, confirmándose en cultivo de esputo infección por *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, por lo que ingresó para instauración de antibioterapia parenteral con tobramicina 100 mg/8 h y amoxicilina-clavulánico. Durante dicho ingreso observamos persistencia de consumo perjudicial de tóxicos y una adicción iatrógena asociada a un uso inadecuado de fentanilo de acción rápida para chupar. En este contexto, se decidió cambio a fentanilo de acción rápida sublingual 400 mcg y se procedió a educación para un consumo correcto del mismo. En el transcurso de las nueve semanas posteriores fue posible una reducción progresiva hasta una titulación de 133 mcg previo a las comidas, dosis que mantiene en la actualidad.

Discusión y conclusiones: Este caso pone de manifiesto la complejidad en el manejo del DIO, especialmente en una paciente inmunológicamente comprometida y sujeta a un consumo perjudicial de tóxicos que repercute en el funcionamiento. Por ello, es clave una adecuada titulación de la analgesia de base, así como prescribir desde el inicio medicación “de rescate” con opioides de liberación rápida a dosis controladas. El perfil farmacocinético óptimo del fármaco destinado a controlar estos episodios es aquel con una alta potencia, un rápido inicio de acción y una corta duración, y el que más se ajusta a estas características es el fentanilo, idealmente por vía sublingual dada su alta permeabilidad, lipofilia y mayor biodisponibilidad; así, el asegurar mediante esta vía una titulación precisa del fármaco podría incluso facilitar la deshabitación a otras formas de fentanilo.

DOLOR NEUROPÁTICO

P-213 COMORBILIDAD MENTAL Y TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON DOLOR NEUROPÁTICO DIABÉTICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

C. Naranjo Muñoz¹, L. del Reguero de la Torre², M. Herberg Moreno³, M. Valenzuela Cortes³, G. Moratalla Rodríguez³, I. Failde Martínez⁴

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz; ²Observatorio del Dolor. Universidad de Cádiz, Cádiz; ³Centro de Salud Loreto-Puntales, Cádiz; ⁴Departamento Biomedicina, Biotecnología y Salud Pública. Observatorio del Dolor. Universidad de Cádiz, Cádiz

Palabras clave: dolor neuropático diabético, prevalencia, comorbilidad, desórdenes del sueño.

Introducción: El dolor neuropático diabético (DND) es una de las complicaciones más severas e incapacitantes que